



**Employment Security Department**  
WASHINGTON STATE

**Solicitud - Programa De Ayuda Para Empleo Por Cuenta Propia**

TeleCenter

BYE

Nombre Completo

Número de Seguro Social

Número de Teléfono  
(     )

*Nombre y domicilio del reclamante:*

Devuelva este formulario a:

**Employment Security Department  
CAT/Training Benefits Unit  
King County TeleCenter  
P.O. Box 47076  
Seattle, WA 98146-7076**

Necesitamos esta información para tomar una determinación acerca de su reclamo por desempleo. Después de recibir lo que conteste, si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted por teléfono.

Usted tiene el derecho a una entrevista telefónica o en persona antes de que se tome una determinación. Si quiere una entrevista, comuníquese al TeleCentro. Usted puede traer a una persona con usted inclusive un abogado para que lo represente en su entrevista. Puede presentar pruebas, documentos o testigos; contra-interrogar a los testigos o a las partes presentes y pedir copias de todos los archivos o documentos de su asunto.

Complete el cuestionario y devuélvalo al domicilio arriba indicado.

Podría calificar para asistir en el programa de ayuda para empleo por cuenta propia y recibir beneficios por desempleo. Vea una lista de proveedores aprobados [www.seap-sp.go2ui.com](http://www.seap-sp.go2ui.com) o llame a la oficina WorkSource.

Si resulta aprobado, no tiene que buscar trabajo mientras participa en el programa. En base a lo que responda a las siguientes preguntas decidiremos si se aprueba.

**Nota:** No pagamos por los libros, matrícula o cuotas relacionadas al programa. La aprobación no extiende el número de semanas que puede cobrar beneficios por desempleo. Sus beneficios por desempleo podrían terminarse antes de que termine su programa. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Unidad Beneficios para la Capacitación/CAT al 877-600-7701.

**Sección 1 – Información Del Programa Ayuda Para Empleo Por Cuenta Propia**

1. Información del proveedor del programa:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona contacto del programa: \_\_\_\_\_

2. Fecha de inicio del programa: \_\_\_\_\_

3. Fecha en que termina el programa: \_\_\_\_\_

Nombre Completo

Número de Seguro Social

**Sección 2 – Información De La Búsqueda De Trabajo**

1. ¿Buscó trabajo durante las últimas dos semanas? Sí  No

Si contestó sí, anote los contactos hechos:

Fecha	Nombre del empleador	Domicilio del empleador

2. En las dos últimas semanas, ¿participó en alguna actividad para la búsqueda de trabajo a través de WorkSource o en el centro local para empleo en vez de hacer los contactos con los empleadores?  
Sí  No

Si contestó sí, anote la siguiente información acerca de cada actividad de búsqueda de trabajo en que haya participado:

Fecha	Actividad	Oficina	Resultado

Nombre Completo

Número de Seguro Social

**Sección 3 – Certificación Del Solicitante**

**Estoy solicitando aprobación para participar en el programa de ayuda para trabajo por cuenta propia. Tengo entendido que se podría verificar ésta información y que tengo que reportar llame a la Unidad Beneficios para la Capacitación/CAT al 877-600-7701 cualquier cambio de lo arriba indicado.**

**Autorizo a mi proveedor el revelar información al Departamento para la Seguridad del Empleo acerca de mi inscripción y participación en el programa.**

**Tengo entendido que debo continuar buscando trabajo hasta que me notifiquen que me han aprobado.**

**Tengo entendido que no puedo competir directamente con mi último empleador por un periodo no mayor de un año después de completar mi programa.**

La información es verdadera de acuerdo con mi leal saber y entender.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Program Provider Certification**

I have reviewed Section 1, **Self-Employment Program Information**, of this application. The information provided is correct to the best of my knowledge. We find the applicant has the skills, ability, aptitude and resources to successfully complete our self-employment assistance program.

We will certify to the applicant's participation in our program as required.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Title/Position: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_